

Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil
Prof. Dr. Velarde Pérez Fontana

PANCREATITIS AGUDA HEMORRAGICA EN UN NIÑO DE 11 AÑOS

Tratamiento quirúrgico, curación.

Por el Dr. Eduardo Anavitarte
Jefe de Clínica Quirúrgica

El 29 de abril de 1944, ingresó a Sala 3 de Cirugía Infantil, del Hospital Pereira Rossell, S. J. R. de 11 años de edad, uruguayo y con domicilio en la capital.

Su enfermedad se inició el 28 de abril en horas de la mañana con dolores intensos en el epigastrio que se acentuaron por la tarde apareciendo vómitos abundantes y repetidos, estos eran acuosos, de alimentos y por último biliosos. Guarda cama y le colocan paños fríos en el vientre que atenúan algo su dolor, pero al llegar la noche los dolores recrudecen siendo entonces periumbilicales y persistiendo los vómitos biliosos. Visto por médico indica hospitalizarlo de inmediato pensando en un posible cuadro de origen apendicular. El traslado se hace en horas de la tarde y e entonces que lo veo.

Antecedente personales. — Niño del Asilo, que desde hace 6 años está en manos de una cuidadora que lo vigila atentamente. Ha sido siempre sano. No ha tenido paperas ni difteria. No ha sufrido traumatismos.

Examen. — Pálido, ojeroso, delgado, con aliento acetónico y con disnea frénica dolorosa. Pulso taquicárdico, regular, blando, de 140 por minuto. Mucosas algo decoloradas. Oliguria. Lengua roja seca. Temp. 37 ½ axilar, 38 rectal.

Abdomen. — Inspección: se moviliza poco con los movimientos respiratorios. Tiene marcadas las salientes musculares de los rectos anteriores y la respiración lo mismo que la tos provocan dolor generalizado al vientre. No hay reptación.

Palpación: contractura generalizada (vientre de madera). Máximo de dolor en fosa ilíaca derecha. Dolor a la decompresión. Duelen poco las fosas lumbares.

Percusión: no hay sonoridad pre-hepática. Traube sonoro. Resto s/p.

Tacto rectal: Douglas doloroso, tenso.

Tórax: Pulmones s/p. Corazón: taquicardia, tonos apagados.

Resto del examen s/p.

Con la historia de este niño: epigastralgia con vómitos, febril, Douglas doloroso y contractura generalizada, hacemos el diagnóstico de peritonitis y dado que el dolor provocado es máximo en fosa ilíaca derecha y pensando en la enorme frecuencia de la apendicitis en el niño decidimos intervenir con el diagnóstico de **peritonitis** de posible origen apendicular.

Intervención: 29 de Abril de 1944. Anestesia general. Eter. Pte. Fortunatto. Cirujano. Dr. E. Anavitarte. Ayudante, Pte. Magnone.

Incisión de Mac Burney. Llegados al peritoneo observamos a través de la serosa un derrame oscuro, como si se tratara de una hemorragia intraperitoneal. La serosa está separada de la arcada por el espacio de Bogros edematoso. Abierta la serosa sale gran cantidad de líquido sero hemorrágico inodoro. Exteriorizamos el ciego que está aplastado y tiene un apéndice retrocecal sano. Devanamos el delgado que no presenta lesión alguna. Cierre de la incisión por planos.

Hago entonces una para-mediana izquierda supra-umbilical y transrectal. Abierto el peritoneo exteriorizo el colon transverso que tiene apéndices epiloicos inyectados en sangre y el mesocolon transverso edematoso y sanguinolento. El páncreas es una enorme masa edematosa y hemorrágica que da al tocarla, una sensación de colchón. La vesícula está distendida, sin cálculos. El epiplón engrosado y edematoso, pero no hay aun esteatonecrosis clara. Hecho el diagnóstico operatorio de pancreatitis aguda hemorrágica procedo a hacer una colecistostomía y exteriorizo la sonda de Pezzer por contra abertura a través del recto anterior derecho. (Previamente puncionamos la vesícula y extrajimos abundante bilis espesa, oscura que se guarda en tubo estéril para estudio bacteriológico. Cierre de la herida operatoria. Se indica transfusión de sangre 350 c.c. Coagulantes. Toni-cardíacos. Suero fisiológico. Adrenalina $\frac{1}{2}$ c.c. cada 6 horas. Insulina glucosa. Al día siguiente se piden los exámenes complementarios que no había sido posible obtener en la tarde anterior.

Examen de orina: 28 grs. urea por litro, cloruro de sodio 2 grs. 93. Examen microscópico, escasos leucocitos, cristales de oxalato y células epiteliales.

Amilasuria: 200 unidades pancreáticas.

Glicemia: 0 - 96 por $\frac{\circ}{\infty}$.

Examen bacteriológico de bilis: No se obtuvo desarrollo microbiano.

Examen de sangre: tiempo de coagulación 5 minutos.

Tiempo de sangría: 2 minutos.

Leucocitos: 12.900. Neutrófilos, 81; eosinófilos, 2; basófilos, 0; monocitos, 3 y linfocitos 14.

Hemoglobina 92%. Valor globular 1.02.

Los exámenes repetidos de materias fecales fueron negativos del punto de vista parasitológico.

Los análisis de orina siempre normales.

El post-operatorio se hizo sin incidentes. El 1er. día drenó 650 grs. de biliar y pesa, disminuyendo paulatinamente el drenaje en los días ulteriores. No evacuó ningún cálculo por la sonda de colecistostomía. Veinte días después se hizo una colangiografía con lipiodol que no presenta anomalías dignas de mención. (Se ven las Placas).

El estudio radioscópico del estómago y duodeno S/P., a no ser una ligera ptosis gástrica. (25 días después de la intervención).

Lo extraordinario de esta comunicación es la rareza de la pancreatitis aguda en el niño. En nuestro medio parece no haber sido señalada. En la Clínica del Prof. Pena, los médicos del Servicio no recuerdan que haya existido caso alguno. El Dr. A. Volpe dice no haber observado nunca uno similar ni en clínica ni en necropsias.

En la República Argentina en el año 1908 el Dr. Julio Fernández publicó un caso con estudio necrótico, en una niña de 5 años, en la cual se hizo el diagnóstico de peritonitis generalizada por apendicitis perforada.

Falleció a las 5 horas de su ingreso al Hospital de niños.

La autopsia reveló un páncreas muy aumentado de volumen, líquido sero-sanguinolento intra-peritoneal en cantidad de 1 1/2 litros. Los cortes histológicos del páncreas pusieron en evidencia abundantes zonas de infiltración hemorrágica y de necrosis.

El Dr. Enrique Sujoy publicó en el año 1936, un caso personal del Instituto de Pediatría del Hosp. de Niños, en una niña de 4 años que también fué intervenida con el diagnóstico de peritonitis de origen apendicular, por el Dr. Maisto. La intervención reveló la existencia en la cavidad peritoneal, de una apreciable cantidad de líquido sero-sanguinolento, manchas de esteato, necrosis en el epiplón y hematoma pancreático. Se drenó la logia pancreática y no se hizo colecistostomía. La niña falleció en pleno estado de colapso. La necropsia indica lo siguiente: Hígado graso, congestión y edema de ambos pulmones. Pancreatitis hemorrágica. Nefrosis doble. Miocarditis. Congestión esplénica.

El Dr. José M. A. del Río cita en su trabajo necrosis aguda del Páncreas, un caso del Dr. Covaro en un niño de 13 años, pero no da detalles. Lo clasifica como el caso más joven de la literatura argentina, ignorando indudablemente los dos casos anteriores.

El autor chileno Helmut W. Jaeger describe un caso personal en una niña de 4 años que se intervino con el diagnóstico de apendicitis. La necropsia demostró que se trataba de una pancreatitis aguda. Tenía ascaridiosis en sus antecedentes.

El mismo autor cita en su trabajo un caso de Arana M. R. y Lagos García del año 1940, en una niña de 6 años, operada con el diagnóstico de abdomen agudo a la cual se le hizo drenaje de la trascavidad de los epiplones, *curando*, cuatro casos de Eliason y North del año 1930, en niños de 2 1/2, 3, 4 y 7 años respectivamente, pero no da detalles de evolución y un caso de Twistington Higgins, en una niña de 6 días operada con atresia duodenoyeyunal que tampoco da más detalles.

En el extranjero se han publicado algunos casos clínicos. Brocq solamente logró reunir 12 casos en personas entre 12 y 20 años. Holzmann en un trabajo publicado en 1927, no pudo juntar más que 10 casos en niños, descritos hasta esa fecha.

Dobbs en 1935 consiguió reunir 14 casos, además del personal, que se pueden analizar así:

CASO N° 1. (Herzog). — Niña de dos años. Dolor brusco en epigastrio y vómitos que se repiten. Muerte brusca 22 hs. después de comenzado el cuadro. *Necropsia*: Ascaris en el Wirsung. Derrame sanguíneo abdominal. Hematoma pancreático, del mesenterio y del colon.

CASO N° 2. (Gallie y Brown). — Niño de 2 1/2 años. Dolor brusco abdominal. Vómitos repetidos. *Operación*: derrame sanguíneo intraperitoneal, páncreas y epiplón con áreas de necrosis y hematomas. Vías biliares normales. Abdomen cerrado sin drenaje. Vomitó un Ascaris lumbricoides 15 días después de la operación. *Curado*.

CASO N° 3. (Holzmann). — Niño de 3 años. Dolor brusco abdominal. Sangre evacuada por el recto. Vómitos. Estado de shock. Abdomen tenso, doloroso en epigastrio. *Operación*: sangre en peritoneo, páncreas rojo. *Necropsia*: necrosis pancreática, mesentérica y epiploica. Páncreas hemorrágico; vías biliares normales. Causa desconocida.

CASO N° 4. (Mackensie). — Niña de 3 años con idiocia congénita. Brusco estado de colapso y muerte. Había tenido una amigdalitis dos semanas antes. Tuvo vómitos. *Necropsia*: Necrosis completa del páncreas y mesentérica parcial. Causa: ¿embolia séptica?

CASO N° 5. (Anderson). — Niña de 4 años. Brusco dolor abdominal y vómitos repetidos. Shock. Abdomen distendido. Fallece una hora después de su ingreso. *Necropsia*: derrame sanguinolento en peritoneo. Areas de

necrosis en epiplon mayor. Hemorragia retro-peritoneal. Vías biliares normales, duodenitis aguda. Páncreas edematoso, hemorrágico y con áreas de necrosis. Causa desconocida.

CASO Nº 6. (Desjacques). — Niño de 5 años. 2 horas después de medio día brusco dolor abdominal y vómitos. A las 48 hs. ingresa al Hospital. Continúan los vómitos. Shock. Abdomen distendido y mancha azulada peri-umbilical. *Operación*: sangre en peritoneo, necrosis en el mesenterio. Cierre de la pared. 2ª Operación, 8 días después, para evacuar más líquido. Paciente que fallece 17 días después. *Necropsia*: cabeza del páncreas enteramente necrosada, vías biliares normales. Causa desconocida.

CASO Nº 7. (Hagedorn). — Niño de 7 años. Traumatismo abdominal e inmediatamente brusco dolor y vómitos repetidos. *Operación*: 20 horas después. Derrame sanguinolento en peritoneo, esteatonecrosis en epiplon y mesenterio. No se palpa lesión pancreática. Cierre sin drenaje. Cura en 8 días. No tuvo glucosuria. *Curado*.

CASO Nº 8. (Phelip). — Niña de 7 años. Tifoidea a los 6 años. Dolor brusco abdominal y vómitos repetidos. Cuatro días después: facies de peritoneal, abdomen tenso, tumor epigástrico de mayor eje transversal. *Operación*: Tumor en mesocolon transversal, cubierto con áreas de esteatonecrosis. *Fallece*.

CASO Nº 9. (Dietrich). — Niño de 10 años. Recibe un golpe en el vientre, dolor brusco y vómitos repetidos por diez días. Examen: dolor intenso, abdomen distendido. *Operación*: páncreas con áreas de necrosis. Glucosuria. Causa traumatismo.

CASO Nº 10. (Foged). — Niña de 11 años. Dolor vago abdominal desde hace tres meses; bruscamente dolor intenso y vómitos, abdomen distendido, dolor en fosa ilíaca derecha. *Operación*: 3 días después: derrame sanguinolento en peritoneo. *Necropsia*: gran hematoma retroperitoneal, páncreas enorme necrosado e infiltrado de sangre. Vías biliares normales. Causa desconocida.

CASO Nº 11. (Novis). — Niña hindú, de 12 años. Dolor abdominal intenso con vómitos. Examen: contractura del recto derecho en epigastrio. *Operación*: 2 semanas después del cuadro inicial y con el diagnóstico de cólico hepático. Páncreas ensanchado, que se incide dando salida a dos *Ascaris lumbricoides*. Cierre de la herida pancreática y del abdomen. Santonina en el post-operatorio, evacuando varios *Ascaris*. *Curado*.

CASO Nº 12. (Dobrowsky). — Niña de 12 años. Traumatismo abdominal. 48 hs. después dolor intenso. *Operación*: sangre en peritoneo. Páncreas con necrosis y hematoma. Causa Trauma. *Curado*.

CASO N° 13. (Vogel). — Niña de trece años. Operada con diagnóstico de Pancreatitis aguda. Fallece. *Necropsia*: típica pancreatitis aguda. Apertura común del coledoco y el Wirsung. Causa ¿anomalía de vías biliares?

CASO N° 14. (Sebening). — Niña de trece años. Operada de colelitiasis. Cálculo impactado en la ampolla de Vater. *Necrosis* pancreática; se extrae el cálculo. Causa litiasis. *Curada*.

CASO N° 15. (Dobbs). — Niña de 12 $\frac{1}{2}$ años que consulta por dolor de cabeza y vómitos. Ha tenido difteria y eritema nudoso a los 6 y 5 años respectivamente. Rigidez de nuca, Kernig, paresia facial derecha y afasia. Punción lumbar: 400 elementos por c.c. Líquido estéril. Se hace el diagnóstico de absceso cerebral y se le drena un absceso localizado en hemisferio izq. Doce días después dolor epigástrico intenso y vómitos repetidos, Shock. Leucocitosis 42.000. Operada con diagnóstico provisorio de apendicitis. Incisión para-mediana derecha. Derrame sanguinolento, epiplón engrosado y edematoso, páncreas duro y ensanchado, necrosis del ligamento gastro-cólico. Vías biliares s/p. Drenaje pancreático. *Curado*.

Resumiendo: Hasta el momento actual hemos encontrado en la literatura a nuestro alcance nada más que 26 casos de pancreatitis aguda en el niño. *Cuatro* de ellos corresponden a la Literatura Argentina; *veintidós* a autores extranjeros y nuestro caso vendría a ser el N° 27 y el primero descrito en nuestro país.

La etiología es similar a la del adulto; cualquier trastorno, vascular, mecánico séptico, toxi-infeccioso o alérgico serían capaces de desencadenarla.

Si analizamos los 27 casos citados vemos que: *tres* de ellos fueron debidos a la penetración intra-pancreática de *Ascaris lumbricoides*; *uno* a malformación de vías biliares; *uno*, a atresia del duodeno; *tres*, a traumatismos; *uno*, a colelitiasis; *dos*, a embolia séptica y *16 casos* a causa desconocida.

En cuanto al pronóstico, es de hacer notar la gravedad de la pancreatitis aguda en el niño. En efecto, si analizamos la evolución de los casos citados, vemos que de los 27 han fallecido 11 y han curado 8, lo que configuraría una mortalidad de 71 % dado que se ignora como evolucionaron los cuatro restantes.

Muy difícil es el problema diagnóstico, pues si bien en algún caso se ha podido llegar a él, en la gran mayoría se ha intervenido sin diagnóstico preciso.

El problema terapéutico crea las mismas dudas que en el adulto y nosotros no vamos a sacar conclusiones de un solo caso.

Sin embargo haremos notar la existencia de una hipertensión biliar que se manifestaba por la distensión vesicular y luego por la eliminación, en las primeras 24 horas de 650 grs. de bilis pleiocrómica. Nos abstuvimos de hacer la maniobra de Vautrin dada la gravedad del niño en el momento operatorio.

BIBLIOGRAFÍA

- ARANA (M. R. y LAGOS GARCÍA (A.). — Pancreatitis aguda hemorrágica en una niña de 6 años. *Arch. Argent. de Pediatría*, 13, (enero) 1940, pp. 27 - 37.
- ANDERSON. — J.A.M.A. Acute pancreatitis With cirrosis of liver.
- DESJACQUES (R.). — Cinq cas aigues hemorragiques pancreatitis. Pancreatitis aigue chez un enfant de cinq ans. Le signe bleu de l'ombilic dans la pancreatitis hemorragique. *Revue de Chirurgie*, 1932, pág. 70.
- DIETRICH. — Bruns Bert 2 Kli. Chir., 1914, Bd. 92.
- DOBBS. — *Lancet*, 1935, II, 989.
- DREIFUSS. — *Deu. Zeit. of Chirg.*, 1908.
- DEL RIO (J. M.). — Actualidades Médicas, 1939.
- FERNÁNDEZ JULIO (G.). — Sobre un caso de pancreatitis sobre aguda. *Rev. del H. de niños*. Dic. 1908, pág. 62.
- FRASER. — *Surgery of Childhood*. 1926.
- HOLZMANN. — *Munich Med. Woch.*, N° 33, 1927.
- JAEGER HELMUT (W.). — Pancreatitis aguda hemorrágica en el niño. *Rev. Chilena Pediat.* Enero 1943, N° 1.
- LEREBoullet et Fr. SAINT GIRONs. — *Traite de Medecine des enfants de Nobécourt. Baboneix. T. IV*, pág. 135.
- MARSCHALL - FABIAN. — Citados por Lereboullet.
- SUJOY. — *La Frensa Médica Argentina*, N° 20, 1936.

Profesor Prat. — No me voy a referir a la pancreatitis en el niño puesto que no he tenido ningún caso, pero parece interesante comentar la colangiografía de esta observación. Me pregunto si la cantidad inyectada de 35 c.c. no puede ser un poco excesiva en un niño, pues como vemos aquí, si observamos las películas, que ya en la primera colangiografía, se observa una vesícula bien distendida, lo que si tiene un cístico sumamente fino y recién cuando se han inyectado unos 15 c.c. más, ese canal filiforme, se manifiesta ya un poco más nítidamente, aunque no llega a dilatarse mucho y se rellena la vía biliar infrahepática. El colédoco está muy afinado en su extremo terminar — estrechamiento del colédoco — y la comprobación del gran drenaje de bilis después de la operación; 600 c.c. de bilis diaria, indican que existía evidentemente una obstrucción del canal colédoco intra pancreático. Llama la atención que

a pesar de ese aspecto filiforme del colédoco terminal, haya pasado tan intensamente la sustancia opaca al duodeno y al intestino. Sin embargo, ha quedado muy distendida la vesícula. Hay que preguntarse si no conviene limitar la cantidad de sustancia de contraste al hacer la colangiografía sobre todo en un niño y si no es necesario usar en estos casos el manómetro, a fin de regular la presión, porque así, como no ha ocurrido ningún accidente, a veces pueden producirse, motivados por la cantidad excesiva de lipiodol, otras veces por la rapidez de la inyección y otras a la presión exagerada con que se haya hecho la inyección. Por eso me preguntaba si en este caso, no podía haber habido exceso de cantidad de sustancia opaca porque se ve bien inyectada la canalización intrahepática y la gran distensión vesicular, pero hay que tener en cuenta que es un niño.

Se usa generalmente en el adulto, unos 10 c.c. de lipiodol hepático, cuando la inyección se hace por la vesícula; pero, cuando ella se hace por el canal hepático, hay que andar con mucho cuidado y no pasar de 3 ó 5 c.c. pues puede haber presiones exageradas y rellenarse el canal de Wirsung. Considero que se trata de un caso sumamente interesante, que está muy bien documentado desde el punto de vista clínico y del laboratorio y que corresponde felicitar a su autor por el brillante resultado obtenido.

Doctor Armand Ugón. — Yo voy a relatar un caso que operamos con el Dr. Rolando, hace unos seis años, de pancreatitis traumática. Operamos a un chico de 12 años de edad, que viene de afuera con un estado general muy malo. Como antecedente, el chico desde hacía dos días había enfermado con un cuadro grave de dolor fuerte abdominal, vómitos y en esas condiciones lo envían a Montevideo. Cuando viene a Montevideo, tenía 140 pulsaciones, presentaba un dolor intenso en el vientre. A la palpación del vientre mostraba balonamiento, sin defensa. Una radiografía tomada en ese momento mostraba una gran distensión de anzas intestinales. El cuadro era de una hemorragia interna sin causa explicable. En esas condiciones y profundizando el interrogatorio nos da un dato interesantísimo y es que el día antes de iniciarse el cuadro agudo, jugando al fútbol, un compañero le había pegado un pelotazo muy fuerte en el vientre, que lo desmayó y desde ese momento, ese chico se sintió mal. A la intervención se comprueba líquido sero-sanguinolento en el vientre, esteatonecrosis en el epiplón. Al levantarse el mesocolon se comprueba un gran hematoma de color verdoso que infiltraba toda la raíz del mesocolon. Inmediatamente fuimos al páncreas y encontramos un hematoma que ocupaba toda la cabeza del páncreas y que al desbridarlo da salida a gases y a bilis. Comprobamos una perforación retro-peritoneal de 2ª porción del duodeno. El chico tenía una pancreatitis aguda y una perforación retro-peritoneal del duodeno que se sutura con seda en dos planos, se le hizo una gastro-enterotomía complementaria y

drenaje con mechas del lecho pancreático. La evolución fué buena. El chico mejoró rápidamente. Ese chico lo he visto hace poco ya hombre, con un estado general excelente. Lo que nos orientó para el diagnóstico operatorio fué la esteatonecrosis y el hematoma verdoso retroperitoneal. En este caso el origen traumático es evidente, etiología frecuente en niños.

Doctor Anavitarte. — En primer lugar quiero agradecer al Profesor Prat por sus amables felicitaciones y debo decir que entre una y otra radiografía hay un intervalo de diez minutos. Se hizo la colangiografía y como no se había obtenido una imagen buena volvimos a mandar al chico y se volvió a inyectar. Se inyectaron 35 c.c. en total de lipiodol, en forma lenta y por la sonda colocada en la vesícula. En cuanto a la pregunta del doctor Ugón el niño es categórico y los familiares también, de que no había recibido ningún traumatismo.
